

Prise en charge antiretrovirale de l'infection à VIH au Mali

Pr. Hamar Alassane TRAORE, chef de service de Médecine Interne,
Hôpital du Point G, Tel :00223 2225002
Président du comité scientifique pour la prise en charge globale du Sida au Mali
Email : hamaralassanet@yahoo.fr

Le Mali pourrait être considéré au premier regard comme un pays à faible prévalence de 1.7% (170 000 séropositifs) selon les résultats de l'Enquête Démographie et Santé. Toutefois, l'examen de cette étude révèle des caractéristiques variables. Globalement les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes (respectivement 2% et 1.3%). L'épidémie frappe plus les jeunes filles en comparaison avec les garçons dans la tranche d'âge 15-19ans (respectivement 1,1% et 0,3%). Bamako est la région la plus touchée (2.5%), suivie par Ségou (2%), Kayes (1.9%), Koulikoro (1.9%). Notons que ces villes sont au cœur de multiples mouvements migratoires. Le pic de séroprévalence se situe, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, dans la tranche d'âge 30-34 ans (3.9%), ce qui témoigne d'une épidémie déjà bien installée. L'enquête ISBS 2000 - 2003 montre une situation toujours préoccupante : 31,9% chez les professionnelles du sexe ; 3.9% Chez les routiers ; 2.9% Chez les « coxeurs » (revendeurs de billets qui accompagnent les routiers) ; 4.6% chez les vendeuses ambulantes et 1.7% Chez les aides familiales. Cependant le rapport de l'ONU SIDA de décembre 2006 montre que l'épidémie semble s'étendre dans les zones urbaines.

C'est fort de ce constat que la république du Mali a fait de la lutte contre le SIDA, une priorité de l'action de son gouvernement en raison de son impact sur le développement socioéconomique. L'amélioration de la qualité de la prise en charge constitue un des grands axes stratégiques du plan sectoriel de lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé. L'accès au traitement par les antirétroviraux apparaît comme une réponse à un besoin ressenti aussi bien par les patients vivant avec le VIH (PVVIH) que par la communauté, les personnels de santé ou les partenaires. Le Plan sectoriel SIDA du Ministère de la Santé (2005-2009) prévoit, dans les cinq prochaines années, d' « assurer la prise en charge des infections opportunistes de tous les malades fréquentant les services de santé », un accent particulier étant mis sur la tuberculose. Pour ce qui concerne les antirétroviraux, l'objectif est de couvrir progressivement les besoins en ARV sur l'ensemble du pays et, d'ici 2009, de prendre en charge 26 000 patients.

Cette stratégie a été renforcée par la déclaration la gratuité des soins et des médicaments (ARV) à tous les PVVIH ayant besoin d'un traitement sans distinction aucune, faisant du Mali le 3^{ème} pays africain à avoir pris cette décision après le Malawi et le Sénégal.

Des évolutions significatives, telles que la révision des recommandations de l'OMS, la nette baisse des prix des traitements antirétroviraux, ou encore la forte mobilisation internationale ont permis de réunir toutes les conditions nécessaires à une extension de la prise en charge antirétrovirale des PVVIH sur l'ensemble du pays.

L'objectif général de la prise en charge est de garantir l'accès aux soins, et spécifiquement aux anti-rétroviraux, à toute personne infectée par le VIH au Mali lorsque son état clinique ou/et biologique le nécessite, sur la base des critères définis au niveau national.

L'Initiative Malienne d'Accès aux Anti-rétroviraux (IMAARV) a débuté en Novembre 2001 à partir de 3 sites prescripteurs (l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel Touré et le Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil (CESAC) et d'un laboratoire de référence, l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), situés à Bamako.

L'évaluation de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux, réalisée en 2005, a fait les constats suivants :

- Les standards proposés par l'IMAARV ont évolué au cours du temps. Ils n'ont pas toujours été respectés, surtout en ce qui concerne le suivi biologique ou la prise en charge des infections opportunistes, du fait du manque de moyens et de l'insuffisance de formation ou de motivations des personnels.

Si l'accessibilité aux médicaments antirétroviraux a été nettement améliorée depuis l'annonce de la gratuité, il n'en a pas été de même pour les médicaments destinés au traitement des infections opportunistes.

- Les ruptures de stocks en médicaments antirétroviraux, fréquentes au cours des premières années, ont été relativement maîtrisées par la suite. D'importants retards ont cependant été constatés dans les livraisons de médicaments aux sites, surtout à cause de l'indisponibilité des moyens logistiques. Si les prix des fournisseurs ont généralement évolué à la baisse suite à la mise en concurrence des laboratoires pharmaceutiques, les produits achetés n'étaient pas toujours préqualifiés par l'OMS.

- La gestion des réactifs a connu d'importantes difficultés du fait de l'insuffisance des besoins exprimés, de la rupture de stocks, de la multiplicité des réactifs, de l'insuffisance des capacités de chaîne de froid.

- La maintenance des équipements a été insuffisante et les procédures d'assurance qualité étaient inexistantes.

- Malgré l'accroissement de la charge de travail, le nombre d'agents affectés à la prise en charge a peu augmenté. Le personnel, en particulier paramédical, n'a pas toujours pu bénéficier de formations adéquates.

- La coordination du programme au niveau national a été insuffisante et la plupart des comités techniques nationaux n'ont pas fonctionnés.

Les activités de prescription, de dispensation et d'analyse biomédicale n'ont pas été l'objet d'une supervision régulière par le niveau central.

- Les supports de suivi des patients étaient peu adaptés, parfois indisponibles et ils ont souvent été insuffisamment complétés.

- L'évaluation, prévue à mi parcours de l'IMAARV, et qui aurait permis de corriger les problèmes rencontrés, n'a pas été réalisée.

A la fin de l'année 2006 et avec l'aide des partenaires (ESTHER, SOLTHIS, Bristol Myers Squibb), le CESAC, et les ONG (CERKES, WALE et APROFEM), le traitement antirétroviral est disponible actuellement dans les 8 régions.

Le document de politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH /SIDA au Mali de janvier 2006 a défini les principes du traitement antirétroviral, retenu des protocoles thérapeutiques antirétroviraux de première et seconde ligne chez l'adulte et l'adolescent, l'enfant, la femme enceinte et la prophylaxie en cas d'accident d'exposition au sang.

L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre la charge virale indétectable et au mieux de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter la durée et la qualité de vie des patients

C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part des personnels soignants

Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou à un inhibiteur de protéase (IP).

Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour le pays.

Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali et seront nécessairement prés qualifiés par l'OMS.

L'indication du traitement chez l'adulte et chez l'adolescent sera fonction de l'état clinique et immunologique du patient. Le praticien prendra en compte la disponibilité ou non du dosage des CD4. Le schéma de première ligne pour le VIH 1 associe deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI). Le régime préférentiel en première intention pour le VIH1, devant couvrir les besoins en traitement de 80% des malades nouvellement inclus, est le suivant : Stavudine(D4T) + Lamivudine(3TC) + Névirapine(NVP) ou Triomune. Ce schéma est recommandé par l'OMS en 2003. Les régimes alternatifs seront utilisés en cas de contre-indication ou de toxicité à une ou plusieurs molécules du schéma préférentiel de première ligne. La molécule incriminée sera ainsi remplacée.

Une enquête menée dans 23 pays à ressources limitées (17 pays africains, 3 pays d'Asie, 2 pays d'Amérique Latine, 1 pays d'Europe) par l'OMS en 2006 dans le but d'évaluer les recommandations 2003 montre que les pourcentages d'adultes et d'enfants sous régimes de première ligne et de deuxième sont respectivement de 96% et 99%. Selon la même enquête le taux de prescription de D4T+ 3TC+NVP est de 60% chez les adultes et celui de AZT+3TC+NVP de 56% chez les enfants en première ligne.

Au Mali le nombre de patients initiés sous ARV de novembre 2001 à décembre 2006 est de 11 263 (dont 7940 suivis régulièrement) pour une prévision de 9750. Pour la fin des années 2007, 2008 et 2009, le plan sectoriel prévoit respectivement 15 000, 21 000 et 26 000 patients sous ARV. 60% des patients sont sous le régime D4T+3TC+NVP. Des efforts sont donc à fournir afin d'améliorer le suivi.

La toxicité à long terme du D4T (lipodystrophie et neuropathies sévères) a ramené l'OMS en 2006 à la révision des schémas de première ligne qui préconisent en première intention [(AZT ou D4T) ou (Ténofovir :TDF ou Abacavir :ABC)] + [3TC ou Emtricitabine] +[NVP ou Efavirenz) .L'AZT et le TDF sont considérés comme préférentiels. Toutefois le D4T pourrait être utilisé en cas de toxicité à l'AZT ou du Ténofovir ou le réserver pour la 2^{ème} ligne. Il y a cependant des inquiétudes car la majorité des pays à ressources limitées ont appliqué le schéma de 1ère première ligne recommandé par l'OMS et certains pays ne peuvent passer à l'échelle sans le D4T.

La prise en charge étant globale, des difficultés ont été rencontrées :

- Accès limité au suivi biologique

- Accès limité aux médicaments anti-opportunistes
- L'insuffisance de formation et de motivation du personnel
- La non harmonisation des procédures de gestion et de recueil des données

De nombreux défis sont aussi relevés ; il s'agit de :

- L'Intégration de la prise en charge du VIH/SIDA dans le système de soins en particulier dans la prise en charge globale des maladies de l'adulte et de l'adolescent (PCIMAA).
- La mise en place d'un mécanisme de financement durable
- Le renforcement de la dynamique sous régionale
- Enfin l'accès universel à la prévention et aux soins d'ici 2010 selon l'OMS.

Mali Médical a bien voulu consacrer ce numéro spécial à l'infection à VIH.

Les infections opportunistes sont fréquentes et graves. Deux études descriptives faites dans le service de médecine interne et le service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G à Bamako ont permis de déterminer les étiologies des diarrhées qui sont dominées par la cryptosporidiose et l'isosporose avec une forte létalité.

Le service de chirurgie générale et digestive de Le Dantec de Dakar a identifié les pathologies infectieuses vues en urgence. Il s'agit essentiellement de suppurations ano-rectales.

Le profil clinique et bactériologique des infections urinaires associées au VIH/SIDA décrit dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G de Bamako est dominé par la pyélonéphrite.

La tuberculose reste l'affection opportuniste la plus fréquente dans les pays à ressources limitées. Une étude rétrospective menée dans le service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou montre que ce sont les pneumopathies bactériennes et la tuberculose qui sont responsables de la plus forte morbidité et mortalité chez les patients atteints de VIH/SIDA. La forme pulmonaire à microscopie négative est fréquente dans le service de pneumologie de l'hôpital du Pont G de Bamako.

La maladie de Kaposi au cours du VIH/SIDA est répertoriée lors d'un travail prospectif dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G.

Si des évolutions significatives ont eu lieu dans la prise en charge antirétrovirale des patients, la gestion des effets secondaires reste difficile. Au cours d'une étude prospective transversale dans le service de dermatologie du CHU Le Dantec les auteurs dérivent les effets secondaires cutanés qui se voient avec toutes les classes thérapeutiques.

L'observance est le garant de l'efficacité thérapeutique. Les facteurs de mauvaise observance sont identifiés lors d'une enquête longitudinale dans le service des maladies infectieuses et à la pharmacie hospitalière de l'hôpital du Point G de Bamako.